MASTICS MORICHES SHIRLEY COMMUNITY LIBRARY

Departamento de Educación

Aplicación del Estudiante

_____ _____

Uso de la oficina solamente **Fecha**

POR FAVOR ESCRIBA CLARO

Nombre _____

Primer Nombre **Apellido**

Hombre _____ **Mujer** _____ **Fecha de Nacimiento** _____/_____/_____

mes **día** **año**

Dirección_____

Calle **Pueblo** **Area Postal**

Teléfono (casa) (____)_____ **Celular _(_____)**_____

Correo electrónico_____ **Habla Inglés? Sí**_____ **No** _____

@

¿En qué país nació Ud.?_____ **¿Tiene tarjeta de Biblioteca? Sí**_____ **No**_____

¿Se registro en las clases de Inglés anteriormente ? _____

¿Se encuentra Ud. Empleado? Si _____ **No**_____ **¿Cual es su ocupación?** _____

Persona que hable Inglés que se le pueda contactar_____ **Teléfono** _____

Nombre

¿Cuándo esta Ud. Disponible? Marque su mayor disponibilidad para las clases

	Mañana	Tarde	Noche		Mañana	Tarde	Noche
Lunes	_____	_____	_____	**Viernes**	_____	_____	_____
Martes	_____	_____	_____	**Sábado**	_____	_____	_____
Miércoles	_____	_____	_____	**Domingo**	_____	_____	_____
Jueves	_____	_____	_____				

Mastics-Moriches-Shirley Community Library, 407 William Floyd Parkway, Shirley, NY, 11967

Teléfono (631) 399-1511 Extensión 215 or 220